Rok XXIX. Kraków, 12 Kwietnia 1890. Nr. 15.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra M. Madurowicza.

Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy [1]).

Skreślił
Dr. Stanisław Braun, 1-szy asystent.

Do najgorszych wydarzeń, jakie się mogą pojawić podczas aktu porodowego, należy bezsprzecznie pęknięcie macicy, (*ruptura uteri*). Pominąwszy okoliczność, że opinia każdego lekarza jako położnika cierpi wiele na tem, jeżeli podczas rękoczynu położniczego, czy to niezręcznie, czy to w nieodpowiednich warunkach wykonywanego, rozedrze się macica, czyli powstanie tak zwane pęknięcie macicy gwałtowne (*ruptura uteri violenta*), to nawet bez naszego współudziału powstałe pęknięcie macicy, tak zwane pęknięcie dobrowolne (*ruptura uteri spontanea)*, należy jeszcze w obecnéj chwili z powodu utraty krwi (*Anaemia acuta*) lub przystępującego zakażenia po zakażeniu połogowem (*febris puerperalis*) do najczęstszych przyczyn śmierci matki i płodu podczas porodu.

Podczas gdy procent śmiertelności z powodu gorączki połogowéj znacznie się pomniejszył, odkąd przez genialne spostrzeżenia Semmelweissa znamy przyczynę zakażenia połogowego, a w opatrunku ran przeciwgnilnym Listera mamy dzielny i skuteczny środek do zniszczenia działania zarazka, to przecież sprawa pęknięcia macicy nie przedstawia się nam jeszcze dotąd w tak korzystnem świetle. Statystyka wykazuje nam wprawdzie, że nieszczęście to spotyka rodzące z każdym rokiem coraz to rzadziéj, ale równocześnie i poucza nas, że pęknięcie macicy zdarza się jeszcze dotąd w dość zastraszającéj liczbie. Dość wspomnieć, że według zestawień statystycznych Frankego przypada jedno rozdarcie macicy na 3225, według Karola Brauna na 2353, według Ludwika Bandla na 1183 porodów. Przyczyn tak często jeszcze powtarzającego się u nas pęknięcia macicy dopatrywać się należy naprzód w tem, że przeważna liczba porodów, szczególnie na wsi i po małych miasteczkach, odbywa się pod opieką babek, osób nie mających pojęcia o położnictwie, a tem samem nie wiedzących, że podczas porodu może pęknąć macica, powtóre, że z powodu niedbałości i niesumienności położnych z jednéj strony, niczem nieusprawiedliwionego uprzedzenia i niedowierzania publiczności lekarzom z drugiéj strony, bywają lekarze zapóżno wzywani do porodów, zwykle już wtedy zaniedbanych, w których dla rozwiązania ostatecznego rodzącéj zmuszeni są nieraz wykonywać trudniejsze i dla matki niebezpieczniejsze zabiegi, podczas gdy to samo powikłanie porodowe byłoby się dało usunąć w samym początku porodu daleko lżejszym sposobem.

Wystarczy tu wspomnieć dla uzasadnienia tego twierdzenia o położeniach płodu poprzecznych, które z początku może lekarz zamienić na położenie podłużne przez samo ułożenie rodzącéj na bok odpowiedni, jeżeli zaś już wytworzyło się położenie poprzeczne zaniedbane, stwierdza lekarz albo już wyraźne objawy zakażenia połogowego rodzącéj, któremu nawet po udałem rozwiązaniu w parę dni lub tygodni ulega, lub dolny odcinek macicy tak mocno rozszerzony, wyciągnięty ku górze i w ścianach ścieńczały, że nawet nieraz pomimo najzręczniéj w narkozie głębokiéj wykonywanego obrotu lub rozkawalenia płodu rozdziera macicę.

Jeżeli jednak mimo tych niekorzystnych stosunków, na poprawienie których czekać będziemy jeszcze nie jednę dziesiątkę lat, wykonywają lekarze zabiegi położnicze z każdym rokiem coraz to częściéj bez sprowadzenia pęknięcia macicy, to mamy to jedynie zawdzięczać genialnym pracom Ludwika Bandla, który pierwszy nam jasno wykazał miejsce, warunki, sposób czyli tak zwany mechanizm pęknięcia macicy, a zarazem nas jasno pouczył, jak wcześnie rozpoznać i zapobiegać grożącemu niebezpieczeństwu pęknięcia macicy. Gdy pomimo tych ostrzegających wskazówek Bandla ten lub ów lekarz, wezwany wcześnie do porodu, sprowadzi rozdarcie macicy, to zwykle albo wykonywał zabieg za szybko i nieostrożnie lub nie przestrzegał ściśle zasad w położnictwie przyjętych. Kazuistyka bowiem wykazuje, że w jednéj połowie przypadków pęknięcia macicy wykonywał lekarz obrót na nóżki bez głębokiéj narkozy w położeniu płodu poprzecznem zaniedbanem lub przy główce ustalonéj; w drugiéj połowie przypadków

[1]) Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego.

zakładał kleszcze na główce ruchoméj, wysoko nad wchodem położonéj.

W czasach, kiedy nie tylko nie znano przyczyn pęknięcia macicy, ale nawet nie wiedziano, że istnieje podobne cierpienie, podobny krok fałszywy ze strony lekarza był do przebaczenia; dzisiaj atoli w ten sposób wyrządzona krzywda rodzącéj jest błędem, co najmniéj, nie do naśladowania.

Wiadomo bowiem z literatury położnictwa, że do czasu kiedy nie robiono sekcyj anatomicznych, zatem do połowy 16 wieku, kiedy Wezal pierwszy otworzył jamy ciała ludzkiego, nie wiedziano wcale, czy macica może pęknąć podczas porodu. Dopiero, jak Velpeau twierdzi, Jaques Guillemeau żyjący pod koniec 16 wieku, według innych autorów Mauriceau pierwszy miał rozpoznać to cierpienie i to na zwłokach téj saméj kobiety, na któréj w Paryżu po raz pierwszy próbował wynalazca kleszczy główkowych Hugon Chamberlen swoich kleszczy. Była to stara pierwiastka 38 lat licząca ze znacznem ścieśnieniem miednicy, któréj, gdy po 5-ciu dniach czynności porodowéj Mauriceau nie mógł rozwiązać, wezwał ku pomocy bawiącego podówczas w Paryżu Hugona Chamberlena, który podobnie jak Mauriceau trudził się napróżno przez 3 godziny nad wydobyciem płodu. Matka umarła nierozwiązana w 24 godzin po tych nieudałych próbach pierwszéj operacyi kleszczowéj, a oględziny pośmiertne wykonane przez Mauriceaua wykazały pęknięcie macicy. Od tego czasu wiedziano, że podczas porodu może rozedrzeć się macica, co sprowadza śmierć matki i płodu; ale przez dłuższy czas nie umiano sobie wytłomaczyć przyczyn pęknięcia. Dopiero gdy poznano bliżéj budowę miednicy, Wezal znalazł różnicę między miednicą męzką a kobiecą, Arantius, uczeń jego, wykazał, że istnieją ścieśnione miednice, zaczęto się kusić o wytłómaczenie przyczyn pękania.

W dziele Deventera i De la Motte'a spotykamy się z pierwszą teoryją, która utrzymuje, że macica pęka z powodu zbyt gwałtownych ruchów płodowych. Teoryja ta utrzymuje się bardzo długo, bo jeszcze z początkiem 19 wieku widzimy w G. W. Steinie młodszym gorącego jéj zwolennika, a zaczyna upadać dopiero, kiedy przez prace Levreta i Smelliego nauka położnictwa weszła na inne tory. Autorowie ci wykazali, że istnieją różne rodzaje ścieśnienia, że można określić stopień tegoż, oznaczając wymiar prosty przekątny (*conjugata diagonalis*), co jest główną zasługą Smelliego; wreszcie, że pęknięcie macicy powstaje, nie jak dotychczasowa teoryja twierdzi, z zwiększonych ruchów płodu, lecz przez osłabienie macicy, wywołane przez długotrwały poród. Teoryi Smelliego hołduje Baudelocque, który pierwszy odróżnia ściśle pęknięcie (*ruptura*) od przetarcia (*usura*), częściowe pęknięcie (*ruptura uteri partialis*) od całkowitego (*ruptura uteri totalis*) a zmienia teoryję Smelliego o tyle, że według jego zdania pęka nietylko macica, patologicznie zmieniona, ale i u osób zdrowych, byle poród trwał długo, a bóle były zbyt silne. Sprawą pęknięcia macicy zajmują się po Baudelocque'u Osiander, Boër, Siebold i Michaëlis.

Osiander pierwszy zwrócił uwagę, że podczas obrotu płodu na nóżki pęka macica albo w chwili, gdy ręka odsuwa główkę na bok, aby łatwiéj dojść do nóżek mogła, albo gdy uchwyciwszy za nóżki ściąga takowe ku dołowi. Boër stara się oznaczyć najczęstsze miejsce pęknięcia i twierdzi, jak i Osiander mylnie, że pęka zawsze górna połowa pochwy; uważają obaj mylnie szyjkę podczas pęknięcia nadmiernie rozciągniętą za górną połowę pochwy.

Siebold opisuje dokładnie pęknięcie macicy niezupełne (*ruptuta uteri partialis v. haematoma ligamenti lati*), rozumiejąc przez to nagromadzenie się znacznéj ilości krwi skrzepłéj pod otrzewną od podstawy oddzieloną, w postaci guza zwykle z boku macicy umieszczonego między blaszkami wiązu szerokiego po poprzedniem przedarciu się warstwy śluzowéj i mięsnéj szyjki.

Sam tylko Michaëlis potrafił przepowiedzieć naprzód w jednym przypadku, że pęknie macica, ale na jakich szczegółach rozpoznawczych opierał swoją przepowiednię, sam później tego bliżéj podać nie umiał.

Tak mijały lata; wiedziano, że macica pęka, jeżeli poród przeciąga się z powodu jakiejś przeszkody porodowéj i bóle porodowe są zbyt silne, ale jak pęknięcie powstaje i jak naprzód rozpoznać niebezpieczeństwo grożącego pęknięcia macicy, nie umiano sobie jasno wytłómaczyć.

Dopiero w roku 1875 rozwiązał powyższą zagadkę L. Bandl, kiedy na podstawie ścisłych badań na rodzących w klinice K. Brauna i na podstawie protokółów sekcyjnych z przypadków pęknięcia macicy przyszedł do tego spostrzeżenia, że pęknąć może macica podczas ciąży, choć to są dość rzadkie przypadki, ale najczęściéj podczas porodu, że głównie pęka szyjka, nie trzon lub górna połowa pochwy, że pęknięcie następuje z powodu znacznego niestosunku porodowego wywołanego albo przez ścieśnienie miednicy albo przez zwężenie kanału rodnego miękkiego albo przez położenie płodu poprzeczne lub ukośne, albo jeżeli główka płodu jest w szwach i ciemionach przedwcześnie skostniała, duża twarda i mało ściśliwa lub jeżeli główka jest nieprawidłowo ułożona, jak w położeniu czołowem i twarzowem.

Równocześnie wyprowadził z swych spostrzeżeń praktyczną wskazówkę, że wtedy pęka szyjka macicy, kiedy jéj ściany zostaną nadmiernie wyciągnięte ku górze i ścieńczałej co można poznać po znacznem wysunięciu się ku pępkowi bruzdy biegnącéj poprzecznie, zaznaczającéj granicę między trzonem a dolnym odcinkiem macicy, dającéj się wybadać przez powłoki brzuszne w zwykłych warunkach w wysokości 2 palców nad górnym brzegiem spojenia łonowego, posuwającéj się w miarę rozciągnięcia i ścieńczenia ścian dolnego odcinka macicy, coraz to wyżéj ku pępkowi tak, że też przed pęknięciem znajdować się może w wysokości pępka lub nieco powyżéj.

Dolny odcinek macicy ulega według jego zdania najczęściéj rozciągnięciu po stronie potylicy, ztąd sobie tłomaczy tak częste pęknięcie szyjki po stronie grzbietu płodu; w poprzecznych położeniach i pęknięciu dobrowolnem znajdował najczęściéj otwór w szyjce macicy po téj stronie, gdzie leżała główka, po pęknięciu gwałtownem raz po stronie główki, drugi raz po stronie nóżek.

Jakkolwiek teoryja Bandla nie wystarcza do wytłomaczenia sposobu pęknięcia macicy w porodach nagłych, krótko trwających, obok pęcherza utrzymanego, to jednak jest ona obecnie ogólnie przyjęta, a owa bruzda poprzeczna, tak zwany pierścień skurczowy (*Contractionsring* Schroedera), zwiastująca pęknięcie macicy, jest w dyjagnostyce położniczéj zdobyczą nieocenionego znaczenia, tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym.

Dość, aby uczcić zasługi Bandla, powiedzieć, że od czasu jego pracy o pęknięciu macicy podczas porodu i ciąży, tysiące kobiet i dzieci zostało ochronionych od nieochybnéj śmierci. Jeżeli dzisiaj lekarzowi obserwującemu poród od samego początku pęknie macica, to zapewne, że mało zwracał uwagi na ów szczegół rozpoznawczy; a jeżeli szanownym

Panom ośmielam się przedstawić przypadek pęknięcia macicy, który przecież nie jest tak rzadkiem zdarzeniem w położnictwie, jak bezwzględne ścieśnienie miednicy, to czynię to dla tego, aby dać żywą illustracyję, jak nie raz zaniedbanie prawideł położniczych sprowadzić może pęknięcie macicy.

(Dokończenie nastąpi.)

II. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

18) Ośmnasty przypadek dotyczy chorego, który został uderzony przez konia kopytem w okolicę krtani, poczem nastąpił krwotok i duszność wzmagająca się tak, że w kilka godzin musiano zrobić w szpitalu św. Łazarza tracheotomiję, której dokonał Dr. Bukowski Badanie wykonane na drugi dzień rano wykazało, że tarcze chrząstki tarczykowéj nie okazują zwykłéj odporności, równie jak i krawędź ich spojenia (*pomum Adami*), która się przytem przedstawiała wyraźnie przypłaszczona. Po nad płytą tarczykową lewą więcéj na zewnątrz wyczuć można było trzeszczenie powietrza, którego w okolicy rany tracheotomijnéj nie znaleziono. Badanie krtani laryngoskopem wykazało obrzmienie całego wejścia krtani, upośledzone rozchodzenie się strun głosowych na zewnątrz, obrzmienie pod ich brzegami, oraz w okolicy szypułki i nagłośni, które to ostatnie wtłaczało się pomiędzy struny głosowe z przodu w formie jakby płatu spadającego ku dołowi. Przy badaniu lusterkiem Czermaka przez ranę tracheotomijną okazały się również boczne ściany krtani obrzmiałe, a na przedniéj nieforemny płat z góry spadający ruchomy. Wobec tego stanu rozpoznano złamanie chrząstki tarczykowéj z przedarciem i oderwaniem części błony śluzowéj krtani. Przez kilka tygodni pozostawiono chorego w spokoju, rachując na ustąpienie obrzmienia, które też istotnie ustąpiło, wspomniany zaś płat ruchomy przez ropienie oddzielony został. Pomimo tego jednak krtań chorego nie była drożną, a przy badaniu spostrzedz było można, że część szypułkowa nagłośni znacznie do tylnéj ściany krtani jest zbliżoną, chrząstki zaś nalewkowe słabo się rozchodzą. Gdy jednakowoż stan powyższy przez dalsze kilka tygodni w mierze się utrzymywał, a głośnia stale niedrożną pozostawała, zdecydowałem się przystąpić do laryngofisury w celu wycięcia wtłaczających się w światło krtani części błony śluzowéj, a oraz reponowania za pomocą tamponu odłamków chrząstki tarczykowéj. Laryngofisury dokonałem w początku września 1889 r. przy zwieszonéj głowie, poczem wyciąłem wtłaczającą się w światło krtani błonę śluzową, założyłem tampon z gazy jodoformowéj szczelnie światło krtani wypełniający, nad którym ranę zeszyłem szwem przez chrząstki idącym. Wyjechawszy w parę dni potem nie miałem sposobności daléj chorego obserwować. W miesiąc późniéj powróciwszy dowiedziałem się, że tampon po dniach kilku z rany się wysunął, poczem krtań przez krótki tylko czas była drożna. Badanie obecnie podjęte wykazywało znowu zapadnięcie odłamków chrząstki tarczykowéj, manifestujące się spłaszczeniem krawędzi międzypłytowéj, oraz wtłoczeniem w tył szypułki nagłośniowéj. Po dokonanej laryngofisurze trwało jeszcze przez czas dłuższy obfite ropienie wewnątrz krtani (na ranach po wyciętych częściach błony śluzowéj pozostałych). Takowe dotąd jeszcze nie ustąpiło. Przeczekawszy je przystąpiłem w listopadzie 1889 roku do systematycznéj dylatacyi krtani za pomocą czopków Schröttera. Rozpocząwszy od numeru pierwszego szedłem zrazu dosyć szybko w górę, późniéj zaś przy numerach 12, 13 zacząłem postępować już wolniéj; obecnie zakładam choremu od dłuższego już czasu numer 18. Skutek czopków jest widoczny, chory bowiem bezpośrednio po wyjęciu czopka doskonale z zatkaną kaniulą oddychać może. Zostawiwszy go niedawno dzień cały bez czopka przekonałem się jednak, że do dnia następnego otwór głośni się zmniejszył, jakkolwiek chory mógł nieźle przy zatkanéj kaniuli oddychać. Okoliczność ta nakazywała mi daléj prowadzić dylatacyję, lub racze starać się przez ciągłe zaprowadzanie czopka utrzymywać stale odłamki chrząstki tarczykowéj w odpowiednem położeniu. W czasie przeprowadzanéj dylatacyi zmuszony byłem raz tylko wypalić galwanokauterem przerastającą ze ścian krtani błonę śluzową, która się w przestrzeń wolną pomiędzy spodem czopka a okienkiem kaniuli wtłaczała i na tem miejscu dość znaczne zwężenie wytworzyła. Z tego, co powyżéj powiedziano, okazuje się, że pięć miesięcy dotychczas trwająca dylatacyja celu swego jeszcze nie osiągnęła. Spodziewać się jednak należy, że po dłuższem przeprowadzaniu takowéj krtań stale drożność swą odzyska. Za tem przemawia stan krtani, jaki po jednodniowéj pauzie w dylatacyi znaleziono. Chrząstki nalewkowe okazywały się ruchome, jakkolwiek nie rozszerzały się tak znacznie jak w stanie prawidłowym, lub zaraz po wyjęciu czopka. Głos chorego dotychczas pozbawiony jest zupełnie dźwięku, mam jednak nadzieję, że w jakiś czas po ukończonéj dylatacyi takowy w części, lubo nie w zupełności odzyska.

19) Dziewietnasty przypadek dotyczy chorego, u którego wykonano w szpitalu św. Łazarza tracheotomiję z powodu przypadów zwężenia krtani Badanie laryngoskopijne podjęte może w tydzień późniéj wykazało ruchomość strun głosowych i chrząstek nalewkowych po obu stronach znacznie zmniejszoną, lubo jeszcze wyraźną. Skutkiem tego przedstawiała się głośnia przy oddechu więcéj niż o połowę węższą niż w stanie normalnym, nie tak jednak wąską, aby choremu znaczną duszność sprowadzić mogła. Prócz tego jednak znaleziono na strunie głosowéj lewéj oraz poniżéj jéj brzegu wyrośle jak papillomata wyglądające, a pod brzegiem struny prawéj płaską poduszkowatą wyniosłość od brzegu struny na prawą ścianę krtani przechodzącą. Badanie przez ranę tracheotomijną lusterkiem Czermaka wykazywało wyrośle do brodawczaków podobne, na przedniéj i lewéj ścianie krtani usadowione. Takowe rozpoczynały się po nad kaniulą i dochodziły w górę aż do głośni. Łatwo pojąć, że wyrośle te z jednéj a obrzmienie pod brzegiem struny głosowéj prawéj z drugiéj strony wytworzyły nieco poniżéj głośni znaczne zwężenie, które do tracheotomii dało powód. Obraz ten, który w istocie odpowiadał obfitemu wytworzeniu się brodawczaków, kazał wobec zmniejszonéj ruchomości chrząstek nalewkowych podejrzywać, że mamy do czynienia z wybujałościami rakowemi. U chorego wykonałem około tygodnia po tracheotomii laryngofisurę przy zwieszonéj głowie, a przyjrzawszy się po rozwarciu krtani jéj wnętrzu przekonałem się, że mam do czynienia z rakiem. Sądząc jednak wobec niezniesionéj jeszcze zupełnie ruchomości obydwóch strun głosowych, że nacieczenie rakowe nie sięga zbyt głęboko, przystąpiłem do wyłyżeczkowania nowotworu Przy łyżeczkowaniu przekonałem się, że struna głosowa lewa sama przez raka nacieklą była. Wyskrobałem ją zatem całkowicie, równie jak i przestrzeń międzynalewkową, na którą nowotwór przechodził i inne części przezeń zajęte. Po wyłyżeczkowaniu wypaliłem termokauterem części wyłyżeczkowane, aby tem doszczętniéj zniszczyć nowotwór, a oraz wstrzymać dość obfite krwawienie. Po dokonaniu operacyi założyłem tampon z gazy jodoformowéj i kaniulę, nad którą zeszyłem ranę szwem przez części miękkie idącym. W dni kilka po laryngofisurze wyjęto tampon, a w parę tygodni późniéj kaniulę. Chory oddychał zupełnie dobrze, choć głosu nie odzyskał. Przy badaniu laryngoskopijnem spostrzegłem małą wybujałość pod więzadłem fałszywem lewem, z tyłu. Mimo to jednak chory czując się dobrze do domu powrócił. Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie raka. Tak badanie mikroskopowe, jak i obraz makroskopijny zdają się tu za przejściem papilomatów w raka przemawiać. Obecnie, t. j. w 5 miesięcy po dokonanéj laryngofisurze przybył chory do mnie z recydywą raka, który głównie zajmował lewą połowę krtani od lewego więzu fałszywego począwszy. Ku przodowi jednak przebijał chrząstkę tarczykową, wysterczając w okolicy jabłka Adama jako guz wielkości dużego orzecha włoskiego. Skóra nad guzem była utrzymana, ale nie przesuwalna. Z powodu znacznego zwężenia wykonano w szpitalu św. Łazarza tracheotomiję, a prze-

szło w tydzień późniéj wykonał u niego prof. Obaliński całkowite wycięcie krtani. Na wyciętéj krtani okazało się, że nowotwór rozszerzał się w dół prawie aż do spodu chrząstki obrączkowéj, zajmując obie strony krtani, rozrastając się jednak więcéj po stronie lewéj.

20) Dwudziesty przypadek dotyczy choréj, u któréj z powodu zwężenia krtani wykonano na oddziale prof. Obalińskiego tracheotomiję. Zwężenie sprawiał przerost błony śluzowéj na bocznych ścianach krtani (*Chorditis voc. inferior hypertrophica*). Części przerosłe błony śluzowéj przechodziły na struny głosowe nie będąc od ich brzegów żadnemi bruzdami oddzielone. Odpowiednio do tego cierpiała chora obok duszności na zupełny bezgłos. Około tygodnia po zrobionéj tracheotomii (*recte* krikotomii) przystąpiłem do laryngofisury, którą wykonałem przy zwieszonéj głowie, poczem wyciąłem przerosłe części błony śluzowéj. Te ostatnie okazały się przy wycięciu tak twarde i niepodatne, jak w dwóch poprzednio podanych przypadkach (13, 14), w których się grzybki właściwe twardzielowi (*rhinoscleroma*) znajdowały. Następnie założyłem choréj tampon z gazy jodoformowéj i kaniulę i zeszyłem po nad nią ranę szwem przez części miękkie idącym. W kilka tygodni późniéj powróciła chora do domu bez kaniuli z oddechem zupełnie lekkim; bezgłos jednak jak był przed laryngofisurą, pozostał i teraz. Badanie wyciętych kawałków z krtani nie wykazało grzybków twardzielowych. Podobnie badanie nosa nie przedstawiało cechującego rhinoscleroma obrazu. Podnieść tu jednak muszę, że w przypadku 13 grzybków twardziela w wyciętych przy laryngofisurze twardych kawałkach przerosłéj błony śluzowéj wcale nie znaleziono, jakkolwiek takowe tak w wyjętych późniéj miększych wybujałościach nad okienkiem kaniuli, jak i w wyskrobanych przed rokiem częściach błony śluzowéj muszel nosowych obficie się znajdowały. (C. d. n.).

III. Dzisiejszy pogląd na fizyjologiczne działanie mięsienia

Podał

Dr. Michał Kaufmann.

Liczne doświadczenia, które w ciągu ostatnich lat w rozmaitych zakładach fizyjologicznych przeprowadzono, wykazały, że mięsienie wywiera znaczny wpływ na wszystkie czynności fizyjologiczne w ustroju ludzkim, szczególnie zaś na chłonienie, na czynność mięśni i nerwów i na przemianę materyi. Szybkość prądu limfy, jak wiadomo, jest nadzwyczaj małą. W naczyniu szyjnem n. p. młodego konia wynosi podług Weissa tylko 230—297 mm. na minutę, również i parcie ościenne, przy którem krążenie limfy się odbywa, jest dosyć nieznaczne. Mięsienie wskutek mechanicznego ruchu tkanek podnosi parcie limfy w samem źródle téjże, to jest w przestrzeniach śródtkaninowych i przez to przyspiesza prąd limfy w naczyniach limfatycznych, które z tych tkanek biorą swój początek. Doświadczenia, o których powiem niżéj, najzupełniéj to przypuszczenie stwierdzają. To też wobec tego, że czynność naczyń limfatycznych ma przeważnie charakter resorbcyjny, pod wpływem mięsienia chłonienie bywa ułatwione. Zjawisko to szczególnie wyraźnie występuje w sprawach zapalnych, w których pod wpływem mięsienia limfa zostaje wpartą w ujścia naczyń limfatycznych i daléj popychaną. Wskutek tego przy rozpoczynających się sprawach zapalnych rozmaitych narządów wytworzenie się większéj ilości wypociny staje się niemożliwem, a po wytworzeniu się już wypociny uzyskuje się szybsze wessanie i odpływ téjże. Oczywiście, że obok tego jeżeli się znajdują miękkie lub twarde złogi wypociny, granulacyje lub wybujałości, takowe za pomocą mięsienia mogą być zgniecione, a ich naczynia porozrywane. Sama wypocina rozdziela się na większą przestrzeń, wskutek czego wchodzi w styczność z większą ilością przewodów limfatycznych, a zatem i prędzéj wchłoniętą bywa. Im daléj część poddawana mięsieniu leży od serca, tem bardziéj ruch limfy w téj części jest niezależnym od czynności serca i płuc i tem większego znaczenia nabiera pobudzenie mechaniczne. Samo przez się się rozumie, że mięsienie również ważnym czynnikiem jest w przypadkach, w których występuje utrudnione krążenie pod wpływem warunków mechanicznych, jak n. p. wysięków uciskających naczynia limfatyczne, guzów, nowotworów oraz w przypadkach, w których serce i płuca są osłabione i nie dosyć skutecznie krew w ruch wprowadzają. Oczywistym wynikiem wpływu mięsienia jest fakt, że ból, który towarzyszy stanom zapalnym i jest następstwem napięcia i ucisku, na jakie nerwy czuciowe są wystawione przez wytwór zapalny, pod wpływem mięsienia stopniowo się zmniejsza i nawet zupełnie może być usuniętym. Również zniża się podwyższona ciepłota, która zawisłą jest od zastoju krwi, i od przemian chemicznych, jakie mają miejsce w części zapalnéj. Że ruch limfy zostaje rzeczywiście pod wpływem mięsienia przyspieszonym, znajdujemy niewątpliwy dowód w doświadczeniach Ludwiga, Weissa, Krausego, Lassara, Emminghausa i innych. Jeżeli bowiem u psa umocujemy szklaną rurkę w grubszem naczyniu limfatycznem, towarzyszącem żyle podskórnéj goleniowéj, to dopóki noga pozostaje w spokoju, limfa z rurki nie wypływa wcale, gdy zaś przedsięweźmiemy nacieranie i gniecenie w kierunku dośrodkowym, to wypływ limfy z rurki staje się obfitym. Podobnie zachowują się i gruczoły limfatyczne. Ugniatanie lub nacieranie ich wywołuje wypływ znacznéj ilości limfy w porównaniu do stanu prawidłowego, a nawet w porównaniu z działaniem drażnienia elektrycznego, które pozostaje bez żadnego wpływu na prąd limfy.

Nadzwyczaj ważnym dowodem wpływu mięsienia na stosunki chłonienia są doświadczenia Mosengeila. Wstrzykiwał on królikowi do rozmaitych stawów za pomocą delikatnéj strzykawki gęsty roztwór dokładnie roztartego czarnego chińskiego tuszu, następnie poddawał niektóre z tych stawów kilkakrotnemu mięsieniu, inne zaś dla porównania zostawiał w spokoju. W stawach poddanych mięsieniu obrzęk, który pojawił się po wstrzyknięciu, ustępował szybko, w stawach zaś pozostawionych w spokoju utrzymywał się przez czas dłuższy. Po zabiciu zwierząt używanych do doświadczenia i po otwarciu stawów stwierdził, że w stawach przez dłuższy czas mięsionych w torebce stawowéj nie było wcale tuszu, podczas gdy w niemięsionych znajdował zwykle tusz zmięszany z mazią stawową w dość znacznéj ilości. Jednocześnie znajdował w przebiegu dróg limfatycznych zabarwione cząsteczki, które dostawały się aż do najbliższych gruczołów limfatycznych i w nich zatrzymywały się. Mosengeil mechaniczne działanie mięsienia na obieg limfy porównywa z działaniem nacierania na rury elastyczne, dolnym końcem w płyn zanurzone. Jeżeli taką rurę będziemy uciskali ręką od dołu ku górze, to w miarę rozszerzenia się dolnéj części rury po zwolnieniu ucisku płyn podnosi się w niéj ku górze i powtarzając tę manipulacyję w sposób odpowiedni można całą rurę wypełnić płynem i płyn ten w ciągłym ruchu utrzymywać. Niewątpliwie bardzo ważnym czynnikiem sprzyjającym ruchowi limfy szczególnie pod wpływem mięsienia jest obecność zastawek w naczyniach limfatycznych, które przeszkadzają cofaniu się limfy wstecz. Podobne doświadczenia jak Mosengeil robili Dr. Sturm i Sallis na psach średniéj wielkości i doszli również do tych samych wyników. Doświadczenia Reibmeyera robione przy współudziale Höffingera do-

wiodły, że mięsienie nadzwyczaj podnosi zdolność wsysania błony otrzewnowej. Jak wiadomo naczynia limfatyczne otwierają się wprost do jamy otrzewnowej. Wskutek tego zdolność wsysania błony surowiczej, wyścielającej jamę brzuszną, jest podług Recklinghausena nadzwyczaj wielką. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że w ciągu jednej godziny ilość płynu równająca się około 5% wagi ciała badanego zwierzęcia wessaną być może. Zdolność ta może być wskutek mięsienia jeszcze bardziej podniesioną, jak wykazał Reibmeyer. W ciągu bowiem pierwszej godziny może dochodzić do 9% wagi ciała. Doświadczenia te polegały na wstrzykiwaniu dokładnie oznaczonej ilości do 35° C. ogrzanej wody do jamy brzusznej królika. Zwierzę ważono dokładnie, a potem albo puszczano wolno albo przymocowywano w położeniu grzbietowem i w krótkich odstępach czasu poddawano mięsieniu brzuch jego, a po upływie czasu doświadczenia szybko i bez utraty krwi zabijano. Po otworzeniu jamy brzusznej wydobywano z niej ciecz pozostałą i odmierzano, obliczano ilość wessanego płynu i oznaczono stosunek wessanej ilości do wagi ciała. Tę właściwość jamy brzusznej zużytkowano jak wiadomo także w celach praktycznych. Można bowiem przy silnych krwotokach zamiast transfuzyi wprowadzić krew lub inne płyny do jamy brzusznej, które to płyny ztąd zostają wessane i do ogólnego obiegu krwi wprowadzone.

Co się tyczy wpływu mięsienia na mięśnie, to wyniki fizyjologiczne dowodzą, że mięsienie wywiera zbawienny wpływ na innerwacyję mięśniową. Już pod wpływem czysto mechanicznym krążenie zostaje pobudzonem, przepełnienie krwią mięśni się wzmaga, a przez to i odżywienie nerwów. Zabłudowsky i wielu innych skonstatowali, że podczas gdy dla mięśni znużonych natężającą pracą nawet 15-to minutowy odpoczynek nie wystarcza, aby je całkowicie zrestaurować, również długo trwające mięsienie zdolność do ponownego wykonywania pracy może nawet podwoić. I tak osoba doświadczana podniosła przez maksymalne zginanie ręki w stawie łokciowym od stołu, na którym przedramię spoczywało w pozycyi poziomej do wysokości ramienia ciężar 1 kilogr. 840 razy w przerwach jednosekundowych, poczem nawet przy silnem natężeniu nie była zdolną do wykonania najmniejszej pracy. Po pięciuminutowem mięsieniu osoba ta była w stanie bez trudu w równych jak poprzednio odstępach czasu tenże sam ciężar podnieść 1100 razy. I uczucie mięśniowe przy pracy po zwykłym tylko spoczynku jest inne, jak po mięsieniu. W pierwszym przypadku sztywność, która podczas spoczynku wystąpiła po 5 minutach, pozostała niezmienioną, gdy tymczasem po pięciominutowem mięsieniu zmęczone mięśnie odzyskały całkowicie swą giętkość. Istnieją nawet przypuszczenia, że wskutek mięsienia, które wywołuje większy dowóz materyjału odżywczego, mięśnie przybierają w zadziwiający sposób na masie, ilość włókienek pomnaża się przez powstawanie nowych, podczas gdy absolutna grubość pojedynczych włókien nie zwiększa się wcale.

Kronecker i Stirling dowiedli, że znużone mięśnie już przy znacznie mniejszej ilości podrażnień w danym przeciągu czasu, aniżeli prawidłowe mięśnie przechodzą w skurcz tężcowy. Po mięsieniu jednak ponownem mięsień potrzebuje znacznie większej ilości podrażnień, aby przejść w stan tężcowy.

Wszystkie więc doświadczenia, które przytoczyliśmy wyżej, przemawiają za tem, że kurczliwość mięśnia i siła skurczu pod wpływem mięśnia wzrastają.

Chcąc sobie wyrobić osobiste pod tym względem przekonanie powtórzyłem szereg doświadczeń w pracowni fizyjologicznej uniwersytetu krakowskiego a niektóre z nich kilkoma metodami. Tak nasamprzód starałem się oznaczyć za pomocą dynamometru maksymalną siłę skurczu mięśni ręki (zginaczy) przed i po mięsieniu. W ten sposób jednak wpływu mięsienia wykazać się nie udało, maksymalne skurcze albo nie ulegały zmianie albo przedstawiały różnice, które były w granicach zwykłych różnic, które przy kilkakrotnem ściskaniu dynamometru występowały. Następnie starałem się oznaczyć u kilku młodzieńców, jak się zmienia siła skurczu przy dynamometrycznych pomiarach, jeżeli skurcze te szybko po sobie następują i tak długo aż nie nastąpi zupełne znużenie mięśni, któremu jak wiadomo towarzyszy pewne przykre uczucie w ręku, a czasem nawet ból. W jednych doświadczeniach pozostawiałem takie znużone mięśnie przez kilka minut, poczem ponownie polecałem wykonywanie skurczów o ile można w tych samych odstępach czasu aż do znużenia i obliczałem ilość skurczów, a także zwracałem uwagę na ich siłę za pomocą dynamometru; w drugich zamiast zwykłego odpoczynku przez ten sam czas mięsiłem i dopiero po mięsieniu polecałem badanym osobom wykonywanie skurczów aż do znużenia. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Vierordt: **O przewlekłej gruźlicy otrzewny.**

Według zdania V. jest przewlekłe zapalenie otrzewny na tle gruźliczem daleko częstszem, niż postać idyjopatyczna. Rozpoznanie tylko wtedy jest możebne, jeżeli wykazać można także gdzieindziej gruźlicę, mianowicie błon surowiczych; wynik badania drobnowidowego i miejscowego, jakoteż przebieg gorączki niczego nie dowodzą, nawet po otwarciu jamy brzusznej można jeszcze wątpić. Choroba może dobrowolnie ustąpić; jeżeli następuje wyleczenie, to rozpoznanie oczywiście jest tem niepewniejsze. Leczenie za pomocą szarej maści lub mydła szarego nie jest na pewne skutecznem; V. nie radzi przekłucia. Cięcie brzuszne sprowadzało często polepszenie, rzadko nawroty, prawie nigdy nie jest ono samo przez się śmiertelnem; w przypadkach pomyślnych rozchodzi się najczęściej o otorbione wypociny. Jeżeli gruźlicy gdzieindziej wykazać nie można, wtedy można operować, ponieważ także w postaci idyjopatycznej wynik jest dobrym. Lekka gruźlica płuc lub części rodnych nie stanowi przeciwwskazania do operacyi, przeciwnie gruźlica jelit. Otorbione wypociny i przypadki połączone niedrożnością wymagają operacyi, w innym razie lepsze jest leczenie wyczekujące. (*B. klin. W.*, 1889, Nr. 41).

Fryderyk Müller (Bonn): **O pneumaturyi.**

Pneumaturyja czyli nagromadzenie się gazu w pęcherzu moczowym i oddawanie tegoż przez cewkę moczową, jest rzadkiem zjawiskiem. M. opisuje przypadek tego rodzaju: 60-cioletni urzędnik, który nie przebywał żadnej choroby narządu moczo-płciowego, ani moczówki cukrowej, zauważył przed 15 tu laty, że mocz staje się mętnym i cuchnącym. Gdy wystąpiło częste parcie na mocz, poddał się leczeniu elektrycznemu; następstwem wprowadzenia grubej elektrody przez cewkę było wywołanie silnego bólu i niemożności zatrzymania moczu, a w kilka miesięcy potem zauważył chory, że podczas moczenia, zwłaszcza przy końcu, wydobywa się powietrze przez cewkę, gdyż prąd z pewnym szelestem przerywał się. Mocz był mętny, woni właściwej, blado-żółtej barwy i kwaśnego oddziaływania; pod drobnowidem przybłonek pęcherzowy, białe ciałka krwi i liczne drobnoustroje; przez wprowadzony cewnik wydobywały się bańki powietrzne, które celem zbadania pochwycono w eudyjometrze. Po stwierdzeniu obecności gazu w pęcherzu zachodziło pytanie, zkąd on pochodzi. Nagromadzenie się gazu w pęcherzu i wydobywanie się przy moczeniu zdarza się najczęściej, jeżeli (n. p. w następstwie nowotworu złośliwego) wytworzyło się nieprawidłowe połączenie między pęcherzem i jelitem i przez taką przetokę pęcherzowo-jelitową dostają się gazy i treść

do pęcherza. U naszego chorego jednak wielokrotne dokładne badanie osadu moczowego nigdy nie wykazało resztek pokarmowych; podanego przez usta proszku węglowego nie można było stwierdzić w moczu, a w końcu przemawiała przeciw pochodzeniu z jelit analiza jego: gaz bowiem był bez woni i ani w nim, ani w moczu nie można było wykazać H_2S, a składał się z CO_2, O, H, CH_4 i N. Odpowiednie doświadczeniem wykazano, że gaz rozwija się z samego moczu i to przez sprawę kiśnienia (w moczu był cukier). W samoistnem wytwarzaniu się gazu z moczu mamy do czynienia z podobną sprawą, jak w hydrotionuryi, o której M. wykazał, że polega na działaniu drobnoustrojów. Wszystkie dotąd spostrzegane przypadki pneumaturyi odnosiły się do mężczyzn i nigdy nie sprowadzały dolegliwości. Żakis dostaje się do pęcherza za pośrednictwem narzędzi (tu elektroda) a prawie zawsze istnieje równocześnie glikozuryja. (*B. k. W.* 1889, Nr. 41).

Farmakologija.

Dr. Stuart: **Nastój i wyciąg płynny kocylany, nowego środka przeciw chorobom oskrzeli.**

Cocillana jestto kora drzewa rodzaju *Guarea*, rodziny *Meliaceae*. W jéj ojczyźnie używają jéj jako środka wymiotnego, rzadziéj czyszczącego; jest ona w wielkich dawkach jako środek nasenny drażniący trującym i zawiera prawdopodobnie alkaloid. Działa ona zarówno bezpośrednio zastosowana, jak i wewnętrznie użyta przedewszystkiem na błony śluzowe i wydziela się przy ostatniem stosowaniu przez błonę śluzową dosyć prędko, daleko powolniéj przez skórę. Środka tego doświadczał S. w swéj klinicie w 40-tu przypadkach: ostre zapalenie oskrzeli 10 przypadków, podostre 1 przyp., przewlekłe 19 przyp., zapalenie oskrzeli i płuc 5 przypadków, suchoty płucne 5 przypadków. U wielu z tych chorych próbowano przed rozpoczęciem leczenia kocylaną innych środków bezskutecznie; najczęściéj stosowano wyłącznie kocylanę, tylko rzadko podawano naparstnicę, chloral, środek czyszczący, gdzie te leki właśnie były wskazane. Z opisu 21 dłużéj spostrzeganych przypadków wynika, że w 16-tu nastąpiło polepszenie, w 5-ciu zupełne wyleczenie. Objawami, na który lek ten najwięcéj wpływał, były: kaszel, wykrztuszenie, poty nocne, brak apetytu i zaparcie stolca. Z historyj chorób widać, że kocylana w chorobach oskrzeli, a szczególnie w zapaleniu oskrzeli podostrem i przewlekłem okazała się lekiem bardzo skutecznym. Najlepszą postacią stosowania jest wyciąg płynny, ponieważ dawka jest znacznie mniejszą; 0.5 grama takowego równa się w swem działaniu dwom gramom zgęszczonego nastoju; wyciąg płynny zasługuje w ostrem zapaleniu oskrzeli także dla tego na pierwszeństwo przed nastojem, ponieważ wyskok ostatniego powiększa objawy zapalenia. Przeciętnie wynosiła dawka około 3 gr. *extr. fluid.* Wobec ciągle i w znacznéj mierze zmniejszającego się zapasu kory ipekakuanhy z powodu powiększającego się odbytu, wobec prawdopodobieństwa zupełnego jéj zużycia, gdyż z powodu powiększenia potrzeby w przystępnych okolicach ipekakuanha jest całkiem wyniszczoną, posiada środek ją zastępujący już sam przez się wielką wartość. Znaczenie jego jest tem większem, że zakres działania obu leków na narząd oddychania jest równo wielkim, kocylana jednak na błony śluzowe dróg oddechowych daleko silniéj i korzystniéj działa, niż ipekakuanha i to we wszystkich przypadkach, w któréj się ostatniéj używa. (*W. k. W.*, 1889, Nr. 44).

Chirurgija.

Lavaux: **Antyseptyka pęcherza i cewki moczowéj.**

L. dochodzi w pracy swéj do następujących wniosków: 1) systematyczne wypłukiwanie przedniéj części cewki moczowéj i przestrzykiwania pęcherza bez zgłębnika przedstawiają prosty i nieszkodliwy sposób, aby cewkę i pęcherz w zupełności zdesinfekcyjonować; 2) sposobu tego użyć można w największéj liczbie zwężeń cewki; 3) dzięki temu zupełnemu odrażaniu i przeciwzapalnemu działaniu gorących wstrzykiwań do pęcherza, zdarzają się obecnie bardzo rzadko powikłania przypisywane „gwałtownemu rozszerzaniu"; 4) w leczeniu zwężeń pojedynczych, dających się łatwo rozszerzyć, powinno tak zw. rozszerzanie gwałtowne zająć miejsce rozszerzania powolnego; 5) wstrzykiwania do pęcherza wykonywane bez zgłębnika wystarczają, aby utrzymać światło rozszerzonéj cewki; 6) wskazania do cięcia cewki wewnętrznego ulegają największemu ograniczeniu; 7) trwałe przepłukiwanie cewki i przestrzykiwania pęcherza bez zgłębnika powinny, ponieważ umożliwiają całkowite odrażanie tych części, uczynić gwałtowne rozszerzanie i cięcie cewki wewnętrzne zabiegiem daleko łatwiejszym. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Reynolds: **O zwężeniach cewki moczowej.**

Do badania zwężeń zaleca R. *bougie* z oliwkami, ponieważ za pomocą nich można dokładnie stwierdzić rozmiary i położenie zwężenia szczególnie, gdy jest kilka miejsc zwężonych. Co do leczenia omawia: 1) powolne rozszerzanie (a przeciw niemu przemawia długie trwanie leczenia, ciągła możebność wywołania powikłań np. „gorączki cewkowéj"); 2) rozszerzenie gwałtowne; działa ono w tylnych częściach cewki, gdzie tkanki są mniéj podatne, jak uretrotomija; 3) elektrolizę, leczenie w ostatnich czasach w Ameryce bardzo zalecane, które R. radzi stosować tylko w początku leczenia bardzo znacznych zwężeń; 4) cięcie cewki wewnętrzne, które R. poleca jako najlepsze i najpewniejsze leczenie w cięższych przypadkach. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocz. XX).

Okulistyka.

N. Peltesohn (Hamburg): **Patognomiczne pozostałości kiły w oku.**

Nielekarze nazywają oko zwierciadłem duszy, lekarz mógłby je słuszniéj nazwać zwierciadłem ciała, a mowa oczu ma także wielkie znaczenie dla lekarza. Oftalmosemiotyka jest nauką wszystkim znaną i każdy miał sposobność za pomocą badania wziernikowego oka wykryć ukryte zapalenie nerek, moczówkę cukrową, białaczkę, wadę sercową, chorobę mózgu i t. d. P. opisuje zmiany kiłowe oka, przy pomocy których można wśród pewnych warunków na pewne rozpoznać kiłę. Pozostałości zmian kiłowych na powiekach i spojówce nie różnią się niczem od tych samych objawów na ogólnych powłokach skórnych, a badającemu wzrokowi lekarza nie ujdą zarówno, jak blizny po stwardniałościach pierwotnych, guzkach, kłykcinach sączących i kilakach na innych miejscach. Co do rogówki istnieją dwie choroby, pozostawiające ślady, jedna często i na krótszy lub dłuższy czas, druga zawsze i jak się zdaje na całe życie t. j. *Keratitis punctata specifica* i *Keratitis diffusa (interstitialis)*. Wielu autorów nie uważa pierwszéj za samodzielny obraz chorobowy, lecz tylko za objaw towarzyszący surowiczemu zapaleniu tęczówki; tak jednak nie jest, gdyż osady w błonie Descemeta, powstające w zapaleniu tęczówki, znikają po wyleczeniu *iritis*, podczas gdy rzeczywista *Keratitis punctata* pozostawia punktowate zaćmienia nawet po ustąpieniu sprawy zapalnéj. Daleko pewniejszą i częstszą podstawę zyskamy za pomocą pozostałości po *Keratitis diffusa*. Ta postać zapalenia rogówki jest najczęściéj następstwem późnéj kiły dziedzicznéj i tylko rzadko powstaje wskutek kiły nabytéj. Mają tu znaczenie dla rozpoznania łączące się z miąższowem zapaleniem rogówki nowowytworzone naczynia, które bez wyjątku pozostają w każdym przypadku *Keratitis diffusa* i to prawdopodobnie przez całe życie. Te naczynia powstają z głębokich siatek przybrzeżnych, łączących się z naczyniami twardówkowemi i tem łatwo je można odróżnić od naczyń świeżo wytworzonych w jaglicowem i wrzodziejącem zapaleniu rogówki, gdzie widzimy powierzchowną sieć przybrzeżną w połączeniu z naczyniami spojówkowemi. Co do tęczówki, to nadzwyczajna częstość kiłowego powstania tłómaczy znaczenie pozostałości jéj chorób dla rozpoznania. 60% wszystkich przypadków zapalenia tęczówki jest przyrody kiłowéj. Choroby reszty części oka, których pozostałości widzieć można za pomocą łupy, wziernika, pomijamy. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 35).

Choroby skórne.

Shoemaker: **O żywieniu i leczeniu przez odbytnicę w chorobach skórnych.**

Wskazując na zdolność wysysania odbytnicy podnosi S. wartość takowéj w tych przypadkach, w których choroba lub idiosynkrazyja stoją na przeszkodzie wprowadzaniu leków przez usta. Na pierwszeństwo zasługują lewatywy zawierające mleko, *Beef-tea*, wyciąg słodowy i kléj owsiany. Skoro

tylko odżywienie zaczyna podupadać, natychmiast należy przystąpić do żywienia przez odbytnicę. Postępowanie to okazało się szczególnie dobrem w chorobach skórnych. Jeżeli tylko lek jakiś drażni błonę śluzową żołądka, powinno się go podawać per rectum. Odnosi się to głównie do przetworów rtęciowych, jeżeli chory nie znosi wcierań lub podskórnych wstrzykiwań, a żołądek zwykłych środków rtęciowych. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.*, r. XX).

Dr. Baschkopf.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lek. galicyjskich

z dnia 15 lutego.

Przewodniczący kol. Bylicki oświadcza, że stósownie do uchwały z dnia 15 stycznia b. r. udał się z kol. Schramem i Dębickim do prezydenta miasta składając mu podziękowanie imieniem sekcyi za długą gościnność w gmachu magistrackim.

Wniosek kol. Gluzińskiego o popieranie Wiadomości Lek. jako nieformalny usunięto z porządku dziennego.

Kol. Widmann odczytuje swe uwagi nad influenzą w przypadkach obserwowanych w szpitalu. Rzecz będzie pomieszczona w Przeglądzie Lek.

Kol. Sawicki Edward zaznacza, że w szpitalu nie rozpoznawał influenzy, należy bowiem do szkoły anatomicznéj i rozpoznaje albo według anatomicznego obrazu albo charakterystycznych cech klinicznych, historyja zaś anatomiczna i kliniczna influenzy nie jest zakończona. Zgadza się zupełnie z opisem influenzy jako choroby infekcyjnéj, gorączkowéj z ostrym przebiegiem. Do szpitala jednak nie przychodzą chorzy prawie nigdy w pierwszym dniu choroby i ma się u nich do czynienia z chorobą zkądinąd klinicznie znaną. Są to albo przypady nerwowe, albo ze strony narządu oddechowego lub pokarmowego. dające się wybornie pomieścić w schemacie zwykłych rozpoznań, Na odwrót bowiem brak obrazu ścisłego influenzy staje się powodem, że w ciągu epidemii podsuwaćby można pod nią niezliczone inne choroby n. p. *otitis media* z ostrym przebiegiem a nawet epilepsyją. Co do uwag prelegenta, zgadza się z nim, że influenza wywołuje długą cherę, że pneumonia często jéj towarzysząca różni się od krupowéj i kataralnéj a jego zdaniem najwięcéj jest do malarycznej zbliżona, że równie jak prelegent wysięku opłucnowego w następstwie influenzy nie spostrzegał. Zwraca w końcu uwagę na trudność rozróżnienia, o czém czasem tylko przebieg rozstrzyga.

Kol. Pisek: Obserwacyje z prywatnéj praktyki w przeciwstawieniu do przypadków szpitalnych o tyle mają wielką doniosłość, że dotyczą częściéj okresów początkowych choroby, a powtóre, że obejmują chorych należących do różnych warstw społecznych. Nie dziw tedy, że i obrazy chorobowe często znaczne wykazują różnice, dotyczy to również i inflenzy.

Co do powstania nazwiska grypy, to już Frank, znakomity klinicysta wszechnicy wileńskiéj na początku bieżącego stulecia, twierdził, że wyraz ten nie z francuskiego (agripper), lecz z polskiéj „chrypki" pochodzi. Epidemiczną zaś grypę nazywano już wówczas, i dawno przedtem, influenzą, z włoskiego. Nawet obecnie u pospólstwa w Niemczech po części i u nas używana nazwa „modna choroba" (*Modekrankheit*) znajduje swe historyczne uprawnienie w rozprawie z r. 1712: Slevogt: *Prolusio, qua die Galanteriekrankheit oder das Modefieber delineatur* (Jena).

Co do właściwego obrazu chorobowego i obecnie spostrzegana epidemija, a raczéj pandemija, znaczne wykazuje różnice. Mowca podnosi z naciskiem, że różni obserwatorowie opisują różne formy influenzy w obecnéj epidemii. Formy nieżytowe, w przeciwieństwie do prelegenta, obserwował mowca tylko wyjątkowo. Te przypadki, które widział, należały przeważnie do postaci nerwowéj czyli raczéj, jakby ją mowca nazwał, gośćcowéj. Postać garstryczną tylko raz, jako późniejszą komplikacyję spostrzegał. O ile wnosić można podobnie rzecz się miała i w innych wielkich miastach. W Warszawie n. p. niektórzy lekarze (Szwajcer, Sokołowski i inni) widzieli przeważnie formy nieżytowe, podczas gdy inni (Dunin) obserwują przeważnie formy tak zw. nerwowe. Cechy téj postaci influenzy podaje mowca w ten sposób:

Wśród zupełnego zdrowia, często po poprzednich silnych dreszczach, występują gwałtowne bóle głowy i bóle kończyn, przeważnie mięśni, mniejsze bóle w stawach, w krzyżach. Ciepłota raptownie dochodzi już w pierwszym dniu do 40 i nieco wyżéj, ogólne znaczne niedomaganie i upadek sil. Tętno przyspieszone uderza do 120 razy na minutę, pełne ale miękkie, W narządach wewnętrznych prócz miernego nieżytu oskrzeli. obrzęku śledziony miernego stopnia, nic nie można wykazać. Kaszel silny, plwocina skąpa śluzowa. Język bywa obłożony silnie i długi czas nawet po ustąpieniu gorączki. U niektórych chorych występuje pierwszego dnia nader silne zaczerwienienie twarzy jakby obrzękłéj. W moczu czasem białka ślady. Podmiotowo skarżą się chorzy na dokuczliwe bóle w kończynach, przypominające poniekąd bóle w *Febris recurrens*, na bóle głowy, bezsenność i nadzwyczajny upadek sił. Ta szybka i silna *prostratio virium* cechuje tegoroczną influenzę i chroni już w pierwszych 2-ch dniach od rozpoznania innych chorób zakaźnych. Po 2—3 dniach, w innych przypadkach po 4—6 dni następuje wśród potów przesilenie. Mowca wszelako zauważył często już poty w pierwszym dniu, i w ciągu dni następnych, jak długo chory wogóle gorączkował, mimo nie podawania leków przeciwgorączkowych Uderzającą rzeczą jest znaczne osłabienie chorych, a raczéj długotrwała rekonwalescencyja. Z komplikacyj zaś zasługuje zapalenie płuc na uwagę. Mowca stwierdził niewątpliwie kilkakroć zwykłe dławcowe zapalenie płuc z wszystkiemi cechami kliniczno-anatomicznemi. Oprócz tego bywają zapalne zajęcia płuc w przebiegu influenzy, gdzie brak stłumienia na znaczniejszéj przestrzeni, brak oddechu oskrzelowego, a pomimo to krwio-plucie lub plwociny rdzawe, szafranowe, duszność bardzo silna kilkodniowa, a prócz grubo i średniobańkowych wilgotnych rzężeń, czasem kłucia międzyżebrowego, nic wykazać nie można. Formy te są to po części ostre kataralne, a po części tylko przekrwienia płuc. Nadto stwierdził mowca w 2-ch przypadkach wysięki opłucnowe. Niewątpliwe uprawnienie influenzy do miana choroby *sui generis*, dowody w tym kierunku, inne komplikacyje, wysypki i t. d. pomija mowca dla krótkości czasu. Co do terapii, to przekonał się, że leczenie wyczekujące i oględne leczenie objawowe jest najstósowniejsze. Teoretycznie zaliczałby mowca influenzę z wielu względów do zimnic, do téj grupy gorączek, do których należy *Febris recurrens*.

Kol. Schramm prosi z powodu bardzo spóźnionéj pory, bo odczyt trwał długo, o odłożenie dyskusyi do następnego posiedzenia.

Kol. Wehr również odkłada swój wykład, demonstrując tylko preparaty promienicy ludzkiéj z kilku uwagami o rozróżnianiu i najłatwiejszych sposobach barwienia.

Dr. Teodor Jendl.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Lwów** d. 10 kwietnia. Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galic. odbędzie się w sobotę dnia 19-go kwietnia o godzinie 10-téj rano w lokalu Towarzystwa przy ul. Blacharskiéj, Nr. 18, drugie piętro.

Według § 12 statutu Towarzystwa członkowie towarzystwa, którzy nie są Delegatami sekcyi na Walnem Zgromadzeniu mogą być obecni, lecz nie mają prawa przemawiać lub głosować.

* Kwestyjonarz odnoszący się do epidemii influenzy rozesłany został wszystkim lekarzom w Galicyi. Z obawy, czy kto przez omyłkę nie został zapomniany lub może przypadkowo list nie doszedł, umieszczamy cały ten kwestyjonarz, prosząc, aby Koledzy na pytania w nim umieszczone odpowiedzieć i odpowiedzi pod adresem prof. Adamkiewicza (Kraków, ulica Wiślna L. 7) w jak najkrótszym czasie nadesłać zechcieli.

1. Kiedy obserwowałeś Kolega pierwszy przypadek i gdzie? 2. Kiedy był szczyt epidemii obserwowanéj przez Kolegę? 3. Kiedy się epidemija przez Kolegę obserwowana zdaniem jego skończyła? 4. Jakiéj części ludności dotknęła epidemija w miejscu pobytu i praktyki Kolegi? 5. W szczególności dotknęła choroba ludzi: wieku, płci, powołania. 6. Jakie objawy uwagi godne obserwowałeś Kolega w téj chorobie: a) w narządzie nerwowym, b) w narządzie oddechania i krążenia, c) w narządzie trawienia, d) na

skórze. 7. Jakie komplikacyje i następowe choroby obserwowałeś Kolega? 8. Jak często wydarzało się zapalenie płuc w tym czasie i jaki był jego charakter? 9. Jak często obserwowałeś Kolega recydywę influenzy? 10 Jaki był przebieg rekonwalescencyi? 11. Czy dotknięcie influenzą człowieka cierpiącego na inną chorobę miało wpływ na przebieg już istniejącéj choroby i czy zmienił się charakter innych chorób podczas epidemii influenzy? 12. Jaki był procent śmiertelności w przypadkach obserwowanych przez Kolegę? 13. Jakie były przyczyny śmierci? 14. Jakie leczenie wydaje się być najlepszem według obserwacyi Kolegi? 15. Czy influenza jest zdaniem Kolegi chorobą przyrzutową (*contagiosus*) czy nie? 16. Uwagi różne.

* Wydział gospodarczy związku austr. towarzystw lekarskich zawiadamia, że Zjazd tegoroczny odbędzie się w Opawie (termin jeszcze nie oznaczony) i że na porządku dziennym będzie sprawa kas dla chorych; wzywa zarazem, aby stowarzyszenia przygotowały wnioski, oparte na doświadczeniu dotąd nabytem, aby ewentualnie można wystósować petycyję do Rady państwa.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berno** szwajcarskie. Docent prywatny w Berlinie Dr. Tschirsch mianowany został nadzw. profesorem farmacyi i farmakologii. — **Giessen.** Dnia 29 lipca b. r. odsłoniętym tu zostanie pomnik dla Liebiga. — **Berlin.** D. 13 października r. b. Virchow obchodzić będzie urodziny swe 70 te.

* **Wiadomości osobowe.** P. J. Piątkowski bronił w Akademii petersburskiéj rozprawę doktorską.

* **Zmarł** w Kowlu na Wołyniu Dr. Adolf Maluszycki b. uczeń Akademii wileńskiéj w 71 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Zdrowiu* Nr. 54: Siemieńskiego: O zboczeniu higien. rozpuszczonego we wodzie tlenu. — W *Gazecie Lek.* Nr. 14: Rosenthala: Wpochwienie jelita biodrowego; Pawińskiego: O wpływie influenzy na serce; Jasińskiego: Wycięcie gałęzi zewn. n. przydatkowego Willisa. — W *Medycynie* Nr 14: Dobrzyckiego: Sławuta (dok.); Majkowskiego: Sprawozdanie z Buska (dokończenie).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KARLIŃSKI: Zur Kenntnis d. fieberhaften Icterus (odbitka z *Fortschritte d. Med.* 1890) in 8-vo str. 15 z tabl. fotogr. — Tenże: Zur Kenntniss d. Geflügelcholera, in 8-vo str. 4. — TALKO-HRYNCEWICZ: Słuczaj razrywa matki i wlagaliszcza (odbitka z gazety *Medicina*) 1890 in 8-vo str. 8. — Dr. A. SOKOŁOWSKI: Uwagi n. charakterem panującéj w końcu r. b. influenzy (Odbitka z *Gazety Lek.* 1890) in 8 vo str. 18. — Dr. Aleks FABIAN: Hypnotyzm w nauce a w praktyce. Warszawa 1890, in 8-vo str. 50.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. S. w Warszawie: Ogłosimy w Nrze przyszłym; czy odbitki można przesłać przez Gebethnera? — Kol. F. w J. gub. orłowskiéj: Pieniądze otrzymaliśmy i użyjemy ich według życzenia. Pokwitowanie późniéj prześlemy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 16-go b. m. w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Obaliński przedstawi chorego ze sztuczną krtanią fonetyczną. 2) Tenże przedstawi rekonwalescentkę po gastroenterostomii i poczyni swe uwagi co do téj operacyi. 3) Kol. Browicz mówić będzie o ruchomości ciałek czerwonych krwi w stanach patologicznych. 4) Kol. Mars opowie przypadek z praktyki. 5) Kol. Pieniążek mówić będzie o ropotoku Stoerka.

Do niniejszego numeru dołącza się broszura Dra Ściborowskiego pod tytułem: Szczawnica, zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny. Sprawozdanie z roku 1889.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.